Aus der Frauenklinik der Universität Düsseldorf

(Direktor: Professor Dr. L. Beck)

Nachuntersuchung zur Augmentationsmammaplastik

Dissertation

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Eva-Bettina Jöns

1982

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538105_0074

Aus der Frauenklinik der Universität Düsseldorf

(Direktor: Professor Dr. L. Beck)

Nachuntersuchung zur Augmentationsmammaplastik

Dissertation

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Eva-Bettina Jöns

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Professor Dr. Arnold

Referent
gez.: Prof. Dr. Beck

Korreferent
gez.: Prof.Dr.Steingrüber

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

A.) Einleitung: Problem und Fragestellung S. 1

B.) Obersicht über bisherige Untersuchungen S. 1

C.) Material und Methode S. 6
1. Die Patientinnen
2. Das halbstandardisierte Interview S. 6
3. Das MPI (EYSENCK) S. 9

D.) Ergebnisse S. 12
1. der Interviews
2. des MPI S. 17

E.) Diskussion S. 18

F.) Zusammenfassung S. 32

G.) Anhang: Frage - und Antwortkatalog S. 33
Fragen des MPI S. 46

H.) Literaturverzeichnis S. 50

A.) Einleitung

Die Anzahl von kosmetischen Operationen an der weiblichen Brust hat in den letzten Jahren zugenommen. Dies ist einerseits auf bessere Möglichkeiten neuerer operativer Verfahren zurückzuführen, andererseits wird aber auch der Wunsch von Frauen nach kosmetischen Brustoperationen immer größer.
Die Wechselwirkungen von Körperbild und Psyche sind seit langem bekannt. Schon FREUD (aus GRUNERT, 16) war der Ansicht, das Geheimnis der Schönheit liege in der Liebe zur eigenen Person. In der heutigen Zeit hat sich das Körperbewußtsein durch freizügigere Kleidung und Sexualität sowie einer Idealisierung der Jugend verstärkt, was vermehrt Störungen im Leib-Seele-Haushalt(GRUNERT,16) bewirkt. Der weiblichen Brust kommt hier eine besondere Bedeutung zu: sie gilt als Symbol für Weiblichkeit und erotische Potenz und wird, besonders durch Medien, mit einer an die jeweilige Mode angepaßten Norm belegt, der es zu genügen gilt. Weiterhin hat die Brust eine Bedeutung auf dem Gebiet des Unbewußten, da sie in der frühen Kindheit von zentraler Bedeutung ist und mit Füttern, Fürsorge Sexualität und Anhänglichkeit assoziiert wird (MADDISON, 26). Außerdem kann in der frühen Entwicklung der Persönlichkeit eine Fixierung der Gefühle auf bestimmte Körperregionen, zum Beispiel die Brust, erfolgen, die

zum Ziel von Angst werden können (MADDISON,26).

Die weibliche Brust hat große Bedeutung als Sexualorgan - nach KINSEY (22) ist sie ein stärkerer sexueller Stimulus als die weiblichen Genitale; MASTERS und JOHNSON (27) beschrieben die Reaktionen der Brust im sexuellen Reaktionscyclus. Dazu kommt die wichtige Aufgabe der Brust als Stillorgan.

Der Wunsch zur kosmetischen Brustoperation entspringt also kulturellem und biologischem Druck einerseits und der persönlich-symbolischen Repräsentation der Brust (EDGERTON et al., 8) andererseits.

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Problematik der Augmentationsmammaplastik bei Frauen mit objektiv bestehender Hypo-oder Aplasie: es sollen die Motive dieser Patientinnen zur Aug - mentation und die Wirkungen dieser Operation betrachtet werden.

Beim Literaturstudium fiel auf, daß die wenigen Arbeiten zu dieser Frage zum größten Teil Patientinnen aus differenzierten sozialen Schichten mit durchweg gehobenerem Bildungsniveau untersucht oder keine solche Einteilung vorgenommen hatten.Diesen wird hier eine Befragung von 27 Frauen aus ländlichem Bereich mit religiöser Bindung und geringen Bildungschancen entgegengesetzt. In Ermangelung einer eigenen Kontrollgruppe dienen besonders die von EICHER et al. (12) erhobenen Ergebnisse als direkte Vergleichsdaten. Somit

bestehen folgende Fragestellungen:

1. Welche Motive und Auswirkungen hat die Augmentationsmammaplastik bei objektiv verifiziertem Befund? Nach MOLINSKI und HERTZ (30) erfahren das Körperbild und das Selbstwertgefühl von Frauen mit grobem anatomischem Befund durch diese Operation häufig die gewünschte Korrektur. Dem wird in dieser Untersuchung nachgegangen.
2. Weisen die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patientinnen aus sozial einfacheren Schichten mit niedrigerem Bildungsniveau eine andere prä-und postoperative psychisch-emotionale Problematik auf als die in der Literatur bisher vorhehmlich beschriebenen Fälle von Aufbauplastiken der Brust bei Frauen aus höheren sozialen Schichten mit höherem Bildungsniveau? Nach WENDERLEIN (41) ist die erotische Bedeutung der weiblichen Brust unabhängig vom Bildungsniveau. Daraus wäre zu folgern, daß auch die Problematik der Brustvergrößerungsplastik bildungsunabhängig sei. Dies steht in der vorliegenden Untersuchung zur Frage. Als Kontrolldaten dienen im Wesentlichen die Ergebnisse von EICHER et al. (12).

3.) Obersicht über die bisherigen Untersuchungen

Sehr positive Wirkungen der Augmentationsmammaplastik beobachteten BAKER et al.(3),HETTER (14), GROSSMAN (15),HOUSTON (19), KAYE (20), KOLIN et al. (24) und OHLSEN et al.(31).Besonders waren Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühle sowie Hemmungen in zwischenmenschlichen und sexuellen Beziehungen günstig beeinflußt worden.Alle genannten Autoren fanden bei ihren Patientinnen eine postoperativ anhaltende Steigerung ihres sexuellen Empfindens; zum Teil stieg auch das sexuelle Interesse der Partner an. BAKER und OHLSEN berichteten über Besserungen von präoperativ bestehenden partnerschaftlichen und sexuellen Problemen. Diese beiden Autoren und EDGERTON et al. (8,9,10) erfuhren von ihren Patientinnen, daß die emotionalen und sozialen Probleme durch die Aufbauplastik zum Teil erheblich gebessert wurden, während die erstgenannten Autoren keine derartigen präopprativen Probleme feststellten.Als Motive zur Operation gaben die Frauen die Hoffnung auf Befreiung von praktischen Schwierigkeiten wie das Tragen von Einlagen, Sport und Schwimmbadbesuch an; die meisten wollten sich selbst gefallen, nur ganz wenige ließen die Aufbauplastik auf Wunsch anderer ausführen. SIHM et al.(38) stellten bei ihren Patientinnen postoperativ Erleichterung auf praktischen Gebieten fest.

Hingegen negative Wirkungen beobachtete PEREZ-GAY

(32) bei ihren Patientinnen und deren Partnern: beide Seiten hatten sich psychisch und sexuell nur belastet gefühlt. Die Brust habe durch die Operation ihre Funktion als Sexualorgan verloren und sei nur noch symbolischer Ersatz der natürlichen Brust.

Zu der großen Gruppe der Untersucher, die zu positiven Ergebnissen kamen, gehören EICHER et al.(12), die eine verspätete Telarche ihrer brustvergrößerten Patientinnen bemerkten. Postoperativ war neben gestiegenem Selbstvertrauen und gefallenen Hemmungen meist keine Steigerung der sexuellen Empfindungsfähigkeit festzustellen.

C.) Material und Methode

1. Die Patientinnen

Das Befragungsgut bestand aus 27 in den Jahren 1974-77 operierten Frauen mit einer Augmentationsmammaplastik. Bis auf zwei Ausnahmen(s.c. Mastektomie wegen Cysten) bestand bei den Patientinnen eine kosmetische Indikation zur Aufbauplastik, i.e. eine Hypo-oder Aplasie der Brüste, die objektiv verifiziert war. Die Frauen entstammten mit einer Ausnahme alle der Unter- und unteren Mittelschicht, waren zum größten Teil katholischer Konfession und hatten ein geringes Bildungsniveau (s.a. Anhang 1.1.). Die Befragung wurde retrospektiv durchgeführt: neun Frauen befanden sich zur Zeit des Interviews ein halbes bis drei Jahre postoperativ, 18 Frauen vier bis sechs Jahre nach der OP (s.a. Anhang, 1.1.). Die Patientinnen waren sehr interessiert an dieser Untersuchung beteiligt und beteuerten,ihren Erlebnissen und Gefühlen entsprechende Angaben gemacht zu haben.

2. Das halb-standardiserte Interview

Als Befragungsmethode wurde ein halb-standardisiertes Interview durchgeführt. Es gibt drei Grade der Strukturierung einer Befragung: standardisiert, halb-standardisiert und nicht standardisiert. Nach ATTESLANDER (2) unterscheiden sich diese Formen durch den Grad der Festlegung von Frageformulierung, Fragefolge und Antwortmöglichkeiten, der bei der Standardisierung hoch

ist und ohne Strukturierrung völlig fehlt. Eine Vollstandardisierung kam hier nicht in Frage, da sie kein Eingehen auf die individuellen und subjektiven Empfindungen der Patientin ermöglicht (KLEINMUNTZ,23; SCHMIDT u. KEßLER,36). Es könnten hier nur "harte Fakten" erfragt werden, die quantifizierbar sind, und es besteht die Gefahr einer nicht gegebenen Bedeutungsäquivalenz der gefragten Begriffe (SCHMIDT,KEßLER). Das nicht standardisierte Interview als anderes Extrem ist zwar flexibel, individuell (DAHME,7 ; KLEINMUNTZ, 23), dynamisch (PONGRATZ, 33) und hat eine größere Bandbreite (DAHME), ist aber besonders vom jeweiligen Interviewer abhängig(SCHMIDT u. KEßLER; MAYFIELD,28) und besser für die Diagnostik des Einzelfalls geeignet(SZEWCZYK,40). Der Mittelweg, das " non-scheduled standardized interview"(RICHARDSON,34) stellt die "optimale Lösung"(SCHMIDTu.KEßLER) auch für die vorliegende Untersuchung dar, da es eine Anpassung der Frageformulierung und Reihenfolge an die jeweilige Patientin ermöglicht und durch die trotzdem vorgegebene Struktur(s.u.S.8) das Erfragen der gleichen Frageinhalte von jeder Patientin sicherstellt. Das Fehlen von Antwortalternativen erlaubt die spontane Reaktion der Patientinnen auf die gestellten Fragen.

Bezüglich des Frageniveaus wurde die mündliche Befragung der schriftlichen vorgezogen, da hier größere Möglichkeiten der Motivierung

zum Antworten bestehen (BIEFANG,4), bei Nichtverständnis der Fragen Erklärungen gegeben werden können und die Erhebung von Spontanreaktionen begünstigt wird. Die Patientinnen wurden in der vorliegenden Arbeit möglichst identisch bezüglich Kontakt, Distanz , Unparteilichkeit und Interesse (CICOUREL, 6) befragt.

Als Befragungstechnik gibt es die weiche, non-direktive von ROGERS, die harte und autoritäre von KINSEY und die neutrale Form(nach BIEFANG,4). Letztere wurde in der vorliegenden Untersuchung angewendet, da sie weitgehend unabhängig vom Interviewer und von der Interviewsituation (SCHEUCH,35) ist und die Meßfunktion, also die Vergleichbarkeit, in den Vordergrund stellt (ANGER,1). Der Interviewer zeigt echtes Interesse an den Aussagen des Befragten, ohne aber Befremden, Mißbilligung oder Zustimmung dazu zu geben (MACCOBY u. MACCOBY, 25).

Bezüglich der "Wahrheitsfindung" ist zu sagen, daß es in dieser Untersuchung mehr auf die "psychische Realität" (SCHRAML,37) der Patientinnen ankam als auf eine objektivierbare Wirklichkeit.

Nach SCHMIDTu.KEßLER (36) ist die gleichzeitige Aufzeichnung der erfragten Daten von der Informationsgüte- und menge her in jedem Fall der nachträglichen vorzuziehen und durch eine Vorstrukturierung der Befragung zu erleichtern. In vorliegender Untersuchung wurde daher im Interview anhand eines stichwortartigen

Fragekatalogs vorgegangen, so daß alle erfragten Daten ohne Störung des Gesprächsablaufes verzeichnet werden und sofort nach Beendigung des Interviews ausführlich festgehalten werden konnten. In einem Schema erfolgte in der Senkrechten eine intrapersonelle und in der Waagerechten eine interpersonelle Auswertung sämtlicher Daten.

Die Frageinhalte (s.Anh.S.46) sind aus einer Zusammenstellung der in der Literatur gefundenen Problemkomplexe bezüglich der Aufbauplastik entstanden und erlauben somit einen weitgehenden Vergleich der erhobenen Daten mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen. Besonderer Wert wurde dabei im Sinne der Gegenüberstellung der hier untersuchten Patientinnen mit denjenigen von EICHER et al(12) auf die von diesen Autoren erhobenen Inhalte gelegt.

Die Erhebung von körperlich-neurotischen Symptomen wurde anhand des Beschwerdefragebogens nach HÖCK u.HESS (18) durchgeführt, (s. Anhang 1.2.).

3. Das MPI nach EYSENCK (13)

Mit allen Patientinnen wurde vor dem Interview das MAUDSLEY PERSONALITY INVENTORY durchgeführt. Dieser objektive und mehrdimensionale Persönlichkeitsfragebogen bestimmt die beiden unabhängigen Persönlichkeitsfaktoren Extraversion und neurotische Tendenz.

Die Extraversion besteht aus Skalen wie Sorglosigkeit, allgemeine Aktivität und Streben

nach Geselligkeit und Einfluß (EYSENCK,13). Introversion als Gegenpol bedeutet Scheue, Individualismus, Starrheit und Argwohn- also soziale Hemmung. Die neurotische Tendenz beschreibt EYSENCK als emotionale Labilität, Depression, Unterlegenheitsgefühl und Streit- und Kritiksucht. Beide Dimensionen sind nach EYSENCK intelligenzunabhängig; Geschlecht und soziale Herkunft spielen keine große Rolle.

Die itemanalysierte E-und N-Skala besteht aus je 24 Fragen zur Extraverion und zur neurotischen Tendenz; die Auswertung erfolgt anhand eines Auswertungsschlüssels mit Punktewertung. Die Testwerte beider Faktoren können zwischen null und 48 variieren, sie sind umso höher, je mehr Fragen gemäß der Antwortrichtung beantwortet wurden.

Der Fragebogen wurde den Patientinnen abgedruckt mit einer vorangestellten schriftlichen Anweisung und Erklärung des Testes von EYSENCK gegeben. Testdurchführung und Auswertung werden also durch Instruktion und Auswertungsschlüssel determiniert; damit ist die Objektivität gewährleistet.

Die Testauswertung fand nach dem Interview statt , um Wechselwirkungen mit den im Gespräch erfragten Daten zu vermeiden.

Die Halbierungszuverlässigkeit beträgt nach EYSENCK für N=0,88 und für E=0,83.Die Korrelation zwischen beiden Skalen ist unbedeutsam (r=-0,09) und die Verteilung der Testwerte un-

gefähr normal.

Die Standardisierungsdaten von EYSENCK betragen bei normalen Engländern für E=24,91 und für N=18,89 im Mittel; bei normalen Amerikanern für E= 28,53 und für N=20,91 im Mittel. Das deutsche Mittel lag bei BRENGELMANN u. B. (5) für E=26,15 und für N=18,19.

Nach HILTMANN (17) hat das MPI eine hohe Reliabilität und eine befriedigende Validität. Als Validitätshinweise werden von EYSENCK klinische Gruppenvergleiche und Korrelationen mit anderen Fragebogentests angegeben (s.a.MITTENECKER,29). Das MPI sei daher(HILTMANN) "zur raschen und objektiven Überbicksdiagnostik über den Grad der Extraversion und neurotischen Tendenz bei normalgesunden und neurotischen Personen über 20 Jahren geeignet".

Auch EICHER et al.(12) hatten das MPI bei ihren Patientinnen durchgeführt. Hier bietet sich somit eine weitere direkte Vergleichsmöglichkeit der Patientinnen der vorliegenden Arbeit mit denjenigen von EICHER et al. .Es steht zur Frage, ob die eine Aufbauplastik wünschenden Frauen sich in den beiden Grunddimensionen E und N von der Normalpopulation unterscheiden. Berücksichtigung muß jedoch finden, daß der Test erst nach der OP durchgeführt wurde und damit eventuell kleine Abweichungen der Werte auftreten könnten.

D.) Ergebnisse

1. des Interviews

1.1. soziologische Daten
Das Durchschnittsalter bei der Operation lag bei 36,5 Jahren. 22 Frauen waren verheiratet, 19 katholisch, 19 waren nach einer Lehre oder ohne Ausbildung berufstätig und führten einen Haushalt, 7 davon fühlten sich in der Doppelrolle stark belastet; 6 Frauen waren Hausfrau. 15 Patientinnen sprachen von einer haßerfüllten oder problematischen Beziehung zur Mutter, 16 zum Vater; 10 bzw. 9 von einem guten Verhältnis zu Mutter bzw. Vater. Ehe der Eltern und Familienleben im Elternhaus wurden zu etwa gleichen Teilen als gut bzw. schlecht bezeichnet. 12 Patientinnen hatten beranwachsende Töchter mit normaler Brustentwicklung.

1.2. Krankheitsanamnese, gynäkologische Daten
Es gab keine auffälligen oder gehäuft auftretende körperliche Befunde; 7 Frauen gaben mehr als 10 körperlich-neurotische Symptome an, was nach HÖCK u. HESS innerhalb des Grenzwertes von 26% liegt (s.Anhang, 1.2.). 20 Frauen hatten eine verspätete Telarche (im Durchschnitt mit 14,48 Jahren), die von 10 Patientinnen bewußt beobachtet worden war.Die Menarche lag im Durchschnitt bei 14,2 Jahren und wurde von 11 Frauen belastend erlebt.

22 Patientinnen haben Kinder, 16 davon haben gestillt; dabei hatten 15 große Glückgefühle. 18 Frauen waren stolz auf die größere Brustfülle bei Schwangerschaften und bei Einnahme von Ovulationshemmern. Bei drei Frauen wurde eine Hysterektomie, bei zweien eine Sterilisation (auf eigenen Wunsch) durchgeführt , keine fühlte sich dadurch seelisch belastet.

1.3. u.1.4. Psychologische und sexuelle Daten
2. Motive zum OP-Wunsch

Bei den meisten Patientinnen ging es vordergründig um folgende Probleme: sie hatten Minderwertigkeitsgefühle und Hemmungen, die sie mit ihrer Mikromastie in Zusammenhang brachten. Bei einigen kamen Verlustängste um den Partner hinzu. Die Brust wurde meist als Symbol der Weiblichkeit betrachtet, welche durch den Verlust oder das Fehlen bzw. der geringradigen Ausbildung der Brust verloren ginge. Bei der genauen Analyse der erhobenen Daten stellte sich jedoch heraus, daß zwei Grundtendenzen in der Problematik der brustvergrößerten Patientinnen (im Folgenden mit Gruppe A bzw. B gekennzeichnet) ,bestanden:

Die mit Gruppe A bezeichneten Frauen gaben eine glückliche Kindheit, ein gutes Kontaktverhalten und eine zufriedene Grundeinstellung zu sich, dem Partner und dem Leben an. Sie hatten alle ein positives Körperbild, fühlten sich erfüllt als Ehefrau und Mutter, z. T. auch

mit zusätzlicher Berufstätigkeit und waren in ihrer sexuellen Beziehung zum Partner glücklich. Ihre Brust empfanden sie zwar als nicht schön und freuten sich über die Möglichkeit der Vergrößerung, aber es wurden neben der Besserung von Hemmungen, z.B. beim Ausziehen, und der Lösung von praktischen Problemen, z.B. das Tragen von Einlagen, was als schrecklich empfunden wurde, sowie der Korrketur ihres Schönheitsfehlers keine großen oder gar unrealistischen Erwartungen an die Augmentationsplastik gestellt.

Dagegen lag der Schwerpunkt der Gruppe-B-Patientinnen neben den beschriebenen Problemen auf psychischem und sexuellem Gebiet: Kindheit, Kontaktverhalten sowie Stimmungslage wurden als unbefriedigend dargestellt, die Frauen hatten ein geringes Selbstvertrauen und Verlustängste um ihren Partner. Sie fühlten sich auch in ihrer Sexualität durch die Mikromastie mit den damit verbundenen Hemmungen gestört, fanden ihre Brust und z.T. auch ihren Körper sehr unschön und standen den guten Meinungen ihrer Partner zu ihrer Erscheinung sehr mißtrauisch gegenüber. Es liegt also eine Selbstwertproblematik vor. Viele empfanden die weibliche Brust als den bedeutendsten Körperteil, sowohl für die Äußerlichkeit wie auch für die Sexualität und legten sehr großen Wert auf Mode und Äußerlichkeit. Die meisten gaben unbefriedigende Partnerschaften an.

Hieraus erwuchsen unrealistische Erwartungen wie Stimmungsaufhellung und Besserung der Partnerschaft sowie der beiderseitigen sexuellen Empfindung.

3. Wirkungen in den ersten drei Monaten

20 Frauen waren beim ersten Anblick stolz und erfreut, die Integration der neuen Brust in das Körperbild dauerte meist ein bis zwei Monate. 16 Patientinnen bemerkten keine Stimmungsänderung, 7 waren glücklicher und zwei litten unter akuten postoperativen Gefühlsausbrüchen und bereuten den Operationsentschluß. Bei 11 Frauen stieg das Selbstwertgefühl merklich an, 16 berichteten über gefallene Hemmungen allgemeiner Natur und 6 sexueller Natur. Mit dem kosmetischen Resultat waren 19 Frauen zufrieden, 10 beklagten Fremdkörpergefühl, 13 Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust. Ebenfalls 13 Patientinnen empfanden die Brust als unangenehm hart. Sechs Frauen fühlten sich beim Vorspiel durch die "künstliche" Brust gestört, während weitere sechs freier empfinden konnten. Bei fünf Paaren fand die neue Brust beim Vorspiel viel mehr Beachtung, sieben Partner zeigten sich sexuell interessierter. Lediglich bei zwei Paaren war die Kohabitationsfrequenz etwas erhöht, während sie sonst gleich blieb. Elf Partner äußerten sich positiv zu der neuen Brust. Kein Einfluß wurde auf die Partnerschaften bemerkt, wenige Frauen spürten die positive Wir-

kung des gestiegenen Selbstvertrauens in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Auch hier bestätigte sich die oben getroffene Einteilung in Gruppe A und B dergestalt, daß die negativen Erfahrungen zum größten Teil von Frauen mit großen Problemen und hohen Erwartungen geäußert wurden, während die in Gruppe A eingeteilten Frauen meist zufrieden und glücklich mit der Operation waren. Ebenfalls negativ äußerten sich die vier Patientinnen, die unter Komplikationen zu leiden hatten (s. Anhang 3.1.1.).

4. Langzeitwirkungen (zwei bis sechs Jahre))

22 Patientinnen sahen ihre Erwartungen erfüllt und fühlten sich attraktiver und weiblicher. Abstriche wurden bezüglich kosmetischer Unzufriedenheiten gemacht.

Sechs Frauen fühlten sich glücklicher, fünf ausgeglichener und selbstsicherer. Das Selbstwertgefühl war nun bei 18 Patientinnen gestiegen, die Hemmungen bei 19 deutlich gefallen. Das Körperbild wurde von 17 Frauen positiver empfunden. Das sexuelle Interesse beider Partner erfuhr auf die Dauer keine Änderung. Auf Partnerschaften und zwischenmenschliche Beziehungen wurde zum größten Teil kein Einfluß festgestellt. Depressionen, Ängste und Unsicherheiten waren noch bei einigen Frauen (Gruppe B) vorhanden, deren emotionalen, sexuellen und partnerschaftlichen Probleme meist keine Änderung er-

fahren hatten.

2. des MPI
In der Extraversionsskala ergab sich ein Mittelwert von 18,59 . Dieser liegt deutlich unter den beiden Standardisierungsdaten von EYSENCK (24,91 bzw. 28,53) und dem deutschen Mittelwert von BRENGELMANN (26,15) . Für die Gruppe A alleine lag der Mittelwert bei 19,35 ; für die Gruppe B alleine bei 17,3 . Die Ergebnisse sprechen für eine deutliche Tendenz zur Introversion bei den untersuchten Frauen, die bei Gruppe-B-Patientinnen im Durchschnitt größer ist als bei Gruppe-A-Patientinnen.

In der Skala der neurotischen Tendenz lag der Mittelwert bei 18,85 . Er deckt sich mit EYSENCK´s (18,89 bzw. 20,91) und BRENGELMANN´s (18,19) Ergebnissen. Der Vergleich der Werte von Gruppe A alleine mit dem Wert von Gruppe B alleine (13,94 bzw. 27,2) spricht für eine deutlich erhöhte neurotische Tendenz bei den Patientinnen aus Gruppe B, während die Frauen aus Gruppe A einen erniedrigten Wert aufweisen.

E.) Diskussion

In der vorliegenden Arbeit zur Mammaaugmentationsplastik ging es um folgende Fragestellungen: 1. Welche Motive und Auswirkungen hat diese Operation bei objektiv verifiziertem Befund? 2. Weisen die hier untersuchten Patientinnen aus sozial einfacheren Schichten mit niedrigerem Bildungsniveau eine andere prä- und postoperative psychisch-emotionale Problematik auf als die in der Literatur bisher vornehmlich beschriebenen Fälle von Frauen mit Aufbauplastiken aus höheren sozialen Schichten mit höherem Bildungsniveau?
ad 1. Unter objektiv verifiziertem Befund wird eine objektiv vorhandene präoperative Brusthypo- oder aplasie verstanden, bei der eine kosmetische Indikation zur Aufbauplastik gegeben ist. Diese steht im Gegensatz zu den Fällen, von denen unter anderem EDGERTON et al.(9),MADDISON (26) und MOLINSKI et al.(30) berichteten, daß eine geringe oder nicht entdeckbare präoperative Brusthypoplasie bestanden hatte. Hier spielen meist psychologische Probleme wie ein gestörtes Selbstwertgefühl ein überaus große Rolle (MOLINSKI), welche durch die OP zumindest als alleinige Therapie nicht dauerhaft günstig zu beeinflussen sind. Hingegen geht es in vorliegender Arbeit darum, ob die Probleme der Patientinnen mit objektiv bestehender Mammahypoplasie zum Teil auf diesen körperlichen Defekt zurückzuführen sind und damit

durch eine Aufbauplastik günstig zu beeinflussen sind oder nicht. Nach MOLINSKI (30) erfahren Körperbild und Selbstwertgefühl von Frauen mit grobem anatomischem Befund durch die Brustvergrößerung die gewünschte Korrektur.

ad 2. Nach WENDERLEIN (41) ist die erotische Bedeutung der weiblichen Brust unabhängig vom Bildungsniveau. In der vorliegenden Arbeit wurden einfache Frauen mit Augmentationsplastiken den in der Literatur (bes. EICHER et al., 12) beschriebenen Patientinnen höherer sozialer Schichten entgegengesetzt und verglichen, da keine eigene Patientengruppe höheren Bildungsniveaus vorhanden war. Hierbei wurde das Augenmerk darauf gerichtet, ob sich unter diesem Aspekt andere Daten zur Problematik der Aufbauplastik ergeben würden oder nicht. Wenn die oben genannte Feststellung von WENDERLEIN auf diese Operation anzuwenden wäre, müßte daraus gefolgert werden, daß auch die Problematik der Brustvergrößerung bildungsunabhängig sei.

Das Befragungsgut bestand aus 27 in 1974-77 operierten Patientinnen mit einer Augmentationsmammaplastik aus kosmetischer Indikation (zwei Ausnahmen: medizinische Indikation, i.e. Cysten). Die Frauen befanden sich zwei bis sechs Jahre nach der Operation.

Als Erhebungsmethoden wurden ein halb-standardisiertes Interview und das MPI nach EYSENCK

gewählt. Die Halbstandardisierung wurde der Voll- und Nichtstandardisierung vorgèzogen, da sie - nach SCHMIDT u.KEßLER (36) die "optimale Lösung" - eine Anpassung der Frageformulierung und Reihenfolge an die jeweilige Patientin ermöglicht und durch die trotzdem vorhandene Struktur (stichwortartiger Fragekatalog)[1] das Erfragen der gleichen Frageinhalte von jeder Patientin sicherstellte. Die Befragung wurde mündlich durchgeführt, da die Möglichkeiten der Motivierung der Patientin zur Antwort, der Erklärung von nicht verstandenen Fragen und der Erhebung von Spontanreaktionen hier größer sind als bei schriftlicher Befragung. Die Befragungstechnik war neutral, da diese weitgehend unabhängig vom Interviewer und der Interviewsituation (SCHEUCH,35) ist und die Meßfunktion, also die Vergleichbarkeit, in den Vordergrund stellt (ANGER,1).
Die Frageinhalte sind aus einer Zusammenstellung der in der Literatur gefundenen Problemkomplexe bezüglich der Aufbauplastik entstanden und erlauben somit einen weitgehenden Vergleich der erhobenen Daten mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen, bes. EICHER et al. (12). Die Erhebung von körperlich-neurotischen Symptomen wurde anhand des Beschwerdefragebogens nach HÜCK u.HESS (18 , s. Anhang 1.2.)[2] durchgeführt. In dem MPI nach EYSENCK (13)[3] bietet sich eine weitere direkte Vergleichsmöglichkeit der Patientinnen der vorliegenden Arbeit mit

1: s.S.33; 2:s.S. 35 ; 3: s.S. 9,46

denjenigen von EICHER et al. (12) in Form von objektiven Daten neben dem Interview. Es erlaubt eine rasche Oberblicksdiagnostik über den Grad der Extraversion und der neurotischen Tendenz bei normalgesunden und neurotischen Personen über 20 Jahren(HILTMANN, 17). Es stand zur Frage, ob die eine Aufbauplastik wünschenden Frauen sich in den beiden Grunddimensionen Extraversion und neurotische Tendenz von der Normalpopulation unterscheiden. Dabei mußte berücksichtigt werden, daß der Test erst nach der Operation gemacht wurde und damit eventuell kleine Abweichungen der Werte auftreten konnten.

Die meisten Frauen, die die Aufbauplastik wünschten, hatten Minderwertigkeitsgefühle und Hemmungen, die sie mit ihrer Mikromastie in Verbindung brachten. Die Brust galt ihnen als Symbol der Weiblichkeit, in Ermangelung dessen sie sich nicht als vollwertige Frau sahen. Die überaus große Bedeutung der Brust für diese Patientinnen zeigte sich erstens in der sehr großen Zahl der Frauen, die beim Stillen starke Glücksgefühle erlebt hatten (15 von 16). Dies übertrifft den Wert von EICHER et al.(12:50%) bei weitem. Zweitens fanden 20 Frauen die weibliche Brust als Sexualorgan wichtiger denn als Stillorgan; die meisten empfanden Stolz und Freude über die größere Brustfülle in den Schwangerschaften und bei Einnahme von Ovulationshemmern. Aus

der Oberbewertung der Brust erwuchsen Hemmungen auf sexuellem Gebiet mit Ängsten, sich zu zeigen und beim Berühren der Brust durch den Mann. Drittens ergab sich bei 20 Frauen eine verspätete Telarche (mit 14,4 Jahren im Durchschnitt; zum Vergleich bei KINSEY (21) : 12,4 J.). 10 Frauen (40%) hatten ihre Brustentwicklung genau beobachtet (zm Vergleich bei WENDERLEIN (41 : 23% der Patientinnen aus der gynäkologischen Poliklinik). Nach WENDERLEIN (41) ist das negative oder positive Erleben der Telarche sehr wichtig für die spätere subjektive Bedeutung der Brust. Die Aufmerksamkeit der Frauen mit Mikromastie wurde also schon durch das spätere Einsetzen der Brustentwicklung besonders auf die Brust gelenkt (s.a. EICHER et al.,12). Sie fühlten sich - durch Vergleiche mit den Altersgenossinnen - ungleichwertig in ihrer weiblichen Entwicklung und maßen später der Brust größere Bedeutung bei als andere Frauen. So wurden Anspielungen, besonders seitens des anderen Geschlechts, übertrieben empfunden als Zeugnisse ihrer fehlenden weiblichen Anziehungskraft.

Aufgrund der im Interview erhobenen Daten wurden die befragten Patientinnen in zwei Gruppen eingeteilt: Die mit Gruppe A bezeichneten Frauen gaben eine glückliche Kindheit, gute Beziehungen zu den Eltern, ein gutes Kontaktverhalten und eine zufriedene Grundeinstellung mit sich, dem Partner und dem Leben an. Sie

waren emotional und sexuell glücklich, hatten ein positives Körperbild und wünschten die Operation, um damit in Verbindung gebrachten Hemmungen, Minderwertigkeitsgefühle und Unsicherheiten zu bessern sowie praktische Probleme wie das Tragen von Einlagen und Strandbesuch zu lösen. Zum Problem der Einlagen wiesen BAKER et al. (3) darauf hin, daß die kosmetische Korrektur unter der Haut erfolgen muß, um ins Körperbild integriert zu werden. In übereinstimmung hierzu empfanden die meisten der hier untersuchten Frauen das Tragen der Einlagen als schrecklich, erniedrigend und unehrlich und wünschten deshalb die Operation.

Der oben beschriebene Patientinnentyp ist vergleichbar mit demjenigen von GROSSMAN (15) und KAYE (20).

Dagegen berichteten die in Gruppe B eingeordneten Frauen von unglücklicher Kindheit, problematischen Beziehungen zu einem oder beiden Elternteilen, schwierigen Ehen der Eltern und Einsamkeitsgefühlen in der Jugend. Kontaktverhalten und Stimmungslage waren für die Frauen unbefriedigend, sie gaben ein niedriges Selbstvertrauen und Verlustängste um ihren Partner an und hatten emotional und sexuell unbefriedigende Partnerschaften. Die Frauen fanden ihre Brust und zum Teil auch ihren Körper sehr unschön und glaubten ihren Partnern das Lob ihrer Erscheinungen nicht.Sie waren sehr unsicher und bezogen Bemerkungen anderer sofort auf sich und

ihre kleine Brust. Viele legten großen Wert auf Äußerlichkeiten und Mode. Die beschriebenen Probleme sind Ausdruck des geringen Selbstvertrauens der Frauen. Ebenso bestanden sexuelle Empfindungsstörungen.

Diese Angaben ähneln denjenigen der Patientinnen von BAKER et al (3), EDGERTON et al. (8,9,10) und EICHER et al. (12).

Interessant sind unter diesem Aspekt die Ergebnisse des MPI, welche diese Zweiteilung des Klientels in folgender Weise bestätigen konnten: 1. Die im Gesamtpatientinnengut vorhandene Tendenz zur Introversion war in Gruppe A geringer ausgeprägt als in Gruppe B. 2. Gruppe B wies eine deutlich erhöhte neurotische Tendenz auf, während diese in Gruppe A erniedrigt war.

Die Gruppe-A-Patientinnen - ohne auffällige psychisch-emotionale Problematik - hatten, wie oben ausgeführt, realistische Erwartungen an die Aufbauplastik,die gute Chancen der Erfüllung haben (s.a. GROSSMAN,15; KAYE,20, MOLINSKI;30). Anders liegen die Dinge jedoch bei den Gruppe-B-Patientinnen: sie erhofften sich von der Operation Lösung bzw. Besserung ihrer persönlichen Probleme wie Stimmungsaufhellung, Belebung der sexuellen Empfindung, Besserung der Beziehung zum Partner und Lösung von akuten Lebenskrisen. Bei diesen unrealistischen Erwartungen besteht eine große Gefahr der postoperativen Enttäuschung (s.a. EDGERTON et al. 8,9,10; MOLINSKI et al, 30). Auffällig war weiterhin, daß die Mutter der

Gruppe-B-Frauen meist als streng und kühl beschrieben wurde und der heranwachsenden Tocher mit deutlichem Konkurrenzdenken gegenübergetreten war. Sie dominierte über den Vater, der im Hintergrund stand und wenig Beziehung zur Tochter hatte. Besonders bemerkenswert war, daß die meisten dieser Patientinnen auch in ihren eigenen heranwachsenden Töchtern eine weibliche Konkurrenz sahen, denen sie sich mit ihrer Hypoplasie der Brust nicht gewachsen fühlten. Auch den hierdurch entstandenen Leidensdruck suchten sie mit der Operation zu mildern. Die Brusthypoplasie wirkte als Verstärker der persönlichen Problematik, wobei die Rolle der Partner nicht von großer Bedeutung war, da sie zum größten Teil mit dem Aussehen ihrer Frauen vor der OP zufrieden gewesen waren und auch meist keine Anspielungen auf die Brusthypoplasie gemacht hatten (s.a. BAKER et al.,3; MADDISON,26); 23 Partner bezogen die Brust ins Vorspiel ein, das ist ungefähr genauso häufig wie bei KINSEY (zit. nach EICHER et al.,12 : 90%).Das Problem lag bei den Frauen, bei denen schon durch den Blick des Partners nach einer anderen Frau ihre Ängste wach wurden, die Beteuerungen ihrer Männer zu "Phrasen" degradiert wurden und der Wunsch nach einer Aufbauplastik immer größer wurde. Ähnliche Probleme stellten BAKER et al., 3; EICHER et al.,12; OHLSEN et al.,31 u. SIHM et al.,38) bei ihren Patientinnen fest.

Ausdruck der Wichtigkeit der Operation für

die hier befragten Frauen war auch die Tatsache, daß 13 die möglichen Komplikationen völlig gleichgültig waren und sie die diesbezügliche Aufklärung nicht ernst nahmen (s.a. BAKER et al.,3).

Auffällige Unterschiede in der Persönlichkeit, der Probleme und der Erwartungen an die Operation zwischen den hier untersuchten einfachen Frauen und denjenigen höheren Bildungsniveaus von z.B. EICHER et al.(12) gab es nicht. Lediglich waren , wie oben angegeben, die Gruppe-A-Patientinnen mit denjenigen von GROSSMAN (15), KAYE (20) und SHIPLEY (39), die Gruppe-B-Pa - tientinnen mit denen von BAKER et al. (3), EDGERTON et al. (8,9,10) EICHER et al.(12) vergleichbar.

Auch die Reaktionen der Patientinnen in den ersten drei Monaten nach der Operation bestätigten die oben getroffene Zweiteilung des Klientels: während die meisten Frauen aus Gruppe A über gestiegenes Selbstvertrauen und gesunkene Hemmungen verbunden mit Zufriedenheit mit dem kosmetischen Resultat berichteten (s.a. BAKER et al., 3, : in 80% gestiegenes Selbstvertrauen und gestiegene Stimmung), waren bei den Gruppe-B-Patientinnen neben zum Teil ebenfalls gefallenen Hemmungen und gestiegenem Selbstvertrauen auch negative Erlebnisse zu hören: es wurden Fremdkörpergefühl, Schmerzen und Unwohlsein in der Brust genannt, 13 Frauen empfanden die Brust als unangenehm

hart. Sechs Frauen fühlten sich beim Vorspiel durch die Künstlichkeit ihrer neuen Brust gestört und hatten Angst, die Partner würden sie damit nicht mehr akzeptieren. Einige berichteten von Schuldgefühlen, Ängsten und akuten Gefühlsausbrüchen (EDGERTON et al.,8). Eine Patientin bemerkte zunehmende Hemmungen allgemeiner und sexueller Natur. Hier zeigte sich, daß ein grundlegend gestörtes Selbstwertgefühl nicht allein auf der Mikromastie beruhte, sondern in der jeweiligen Persönlichkeit verankert war und somit durch eine Operation nicht zu bessern war. Im Gegenteil empfanden einige dieser Patientinnen die Aufbauplastik als erneuten Beweis ihrer Minderwertigkeit (s.a. MOLINSKI et al.,30). Dagegen zeigte sich bei Frauen mit angemessenen Erwartungen an die OP durchaus deren Erfüllung, was die Aussagen von EICHER et al.(12) und MOLINSKI et al.(30) bestätigen konnte. Auf sexuellem Gebiet gaben sechs Patientinnen (wie bei EICHER et al 24 %), meist aus Gruppe A, ein freieres und intensiveres Erleben für die ersten Monate nach der OP an, und sieben Partner haben in dieser Zeit ein größeres sexuelles Interesse gezeigt. Dies habe nach deren Aussagen das ungezwungenere Verhalten und den größeren Stolz ihrer Partnerinnen zur Ursache. Doch bei den meisten Paaren zeigte sich keine Änderung ihres sexuellen Empfindens (s.a. EICHER et al,12). Ebenso stiegen Häufigkeit und Intensität des

Einbeziehens der Brust ins Vorspiel nur bei fünf Paaren an. Wesentlich positiver waren die Ergebnisse von BAKER et al. (3), HOUSTON (19), KAYE (20) und KOLIN et al. (24), die alle von merklichem Anstieg des sexuellen Interesses ihrer Patientinnen und deren Partner berichteten. Die Frauen der vorliegenden Untersuchung scheinen also die erotische Bedeutung ihrer Brust überbewertet zu haben. Im Gegensatz zu den vorgenannten Autoren schrieb PEREZ-GAY (32) von äußerst negativen Wirkungen der Aufbauplastik auf ihre Patientinnen und deren Partner, und bewertete die Brustplastik nur als symbolischen Ersatz für die natürliche Brust. Dem widersprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deutlich, denn es waren doch überwiegend positive Erlebnisse, die von den Frauen geschildert wurden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit liegen also in der Mitte zwischen den vorgenannten Autoren.

Unzufrieden äußerten sich die vier Frauen (und deren Partner) , die unter Komplikationen wie Nachblutungen oder Sensibilitätsveränderungen zu leiden hatten. Sie empfanden die Operation zwar dennoch als positiv, würden sie aber nicht wiederholen lassen. Die Narben (submammär) empfanden sechs Patientinnen als störend, da die Aufbauplastik deshalb von Dritten bemerkt werden könnte, was sie aber auf keinen Fall wollten aus Angst vor mög - lichen Verurteilungen. Hier äußern sich die

überwiegend konventionellen und auch kirchlich geprägten Einstellungen der Patientinnen.

Auf Partnerschaften gab es bei keiner Patientin positive oder negative Wirkungen; wenige meinten, eine Besserung von zwischenmenschlichen Beziehungen in der ersten Zeit bemerkt zu haben , die sie sich durch ihr erhöhtes Selbstvertrauen erklärten. BAKER et al.(3), HETTER (14), KOLIN et al. (24) und SIHM et al. (38) fanden Besserungen auf diesen Gebieten. In der vorliegenden Untersuchung jedoch war die Wirkung der Aufbauplastik vorwiegend auf die Patientin selbst beschränkt.

Es zeigten sich also in den ersten drei Monaten nach der Operation überwiegend positive Wirkungen wie fallende Hemmungen und gestiegenes Selbstwertgefühl besonders bei den Frauen aus Gruppe A , die dies auch von der Aufbauplastik erwartet hatten, während die unrealistischen Wünsche der Gruppe-B-Patientinnen enttäuscht wurden.

4. Langzeitwirkungen

Auf lange Sicht (zwei bis sechs Jahre postoperativ) sahen 22 Patientinnen ihre Erwartungen als erfüllt an und fühlten sich attraktiver und weiblicher. Abstriche wurden bezüglich kosmetischer Unzufriedenheiten gemacht. Das Selbstwertgefühl war nun bei 18 Frauen deutlich angestiegen, sie fühlten sich allgemein und sexuell besser und sicherer. Ebenso

eindeutig positiv waren die bei 17 Frauen gefallenen Hemmungen zu verzeichnen, was sowohl auf sozialem wie auf sexuellem Gebiet eine wesentliche Erleichterung bedeutete. Das sexuelle Interesse beider Partner erfuhr auf die Dauer keine Steigerung, wurde aber auch nicht negativ beeinflußt. Im Gegensatz dazu steht PEREZ-GAY (32) , die von überwiegend negativen Wirkungen der Aufbauplastik berichtete, auf der einen Seite und BAKER et al. (3), GROSSMAN (15) und HOUSTON (19), deren Patientinnen sich sexuell überwiegend positiv beeinflußt fühlten, auf der anderen Seite. Auch hier zeigt sich die mittlere Position der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung.

Depressionen, Ängste und Unsicherheiten waren noch bei einigen Patientinnen (Gruppe B) vorhanden, deren Bemühen um eine Verbesserung ihrer Partnerschaft oder ihres sexuellen Empfindens kein Erfolg beschieden war (s.a. EICHER et al. (12), MADDISON (26) und MOLINSKI et al.(30) . Sie konnten die Brust nicht in ihr Körperbild eingliedern und waren enttäuscht von der fehlenden Zunahme der Liebe ihres Partners. Bei diesen Frauen wäre die Zusammenarbeit mit einem Psychiater angebracht, um eine Chance auf dauerhaft therapeutischen Effekt zu erzielen.

Aus diesen Ergebnissen folgt, daß für den Erfolg einer Augmentationsmammaplastik die psychologische Indikationsstellung mindestens

ebenso wichtig ist wie die kosmetische. Sie sollte am besten durch eine sorgfältige, präoperativ durchgeführte psychosexuelle Exploration (s.a. EICHER et al.,12) , am besten in Zusammenarbeit mit einem Psychiater (s.a. MADDISON,26),erfolgen.

Es konnte gezeigt werden, daß bei Patientinnen mit objektiv verifizierter Mammahypoplasie aus einfacher sozialer Schicht realistische Erwartungen an ein Aufbauplastik mit gutem Erfolg gekrönt waren, während überspitzte Hoffnungen wie die Lösung von psychischen und emotionalen Problemen unerfüllt bleiben mußten. Auffällige Unterschiede zu den Daten von EICHER et al. (12), die Frauen mit höherem Bildungsniveau untersuchten, gab es nicht. Daraus ist zu folgern, daß die Problematik der Augmentationsmammaplastik unter dem Aspekt des Bildungsniveaus keine grundlegenden Unterschiede aufweist, also weitgehend bildungsunabhängig ist.

F.) Zusammenfassung

27 Frauen mit einer Augmentationsmammaplastik (1974-77) aus objektiv verifizierter kosmetischer Indikation (i.e. Hypo- oder Aplasie der Brust) wurden zwei bis sechs Jahre postoperativ in einem halbstandardisierten Interview und dem MPI (EYSENCK) nachuntersucht. Besonderer Wert wurde auf die Einflüsse der Operation auf Psyche und Sexualtät der Patientin gelegt. Im Unterschied zu früheren Untersuchungen handelte es sich hier nur um auf dem Land lebende Frauen einfachen Bildungsniveaus mit katholischer Konfession. Überwiegend positiv wurde von den Frauen das anhaltend gestiegene Selbstvertrauen und die dauerhaft gefallenen Hemmungen sowohl auf zwischenmenschlichem wie auf sexuellem Gebiet empfunden. Die Partner zeigten sich größtenteils erfreut über diese Veränderung ihrer Frauen. Psychische und emotionale Probleme erfuhren allerdings durch die alleinige chirurgische Therapie keine Besserung. Hier ist auf die Zusammenarbeit mit einem Psychiater zu verweisen. Auffällige Unterschiede in den Ergebnissen von früher untersuchten höhergebildteten zu den hier befragten weniger gebildeten Frauen gab es nicht. Voraussetzung für den Erfolg einer Aufbauplastik ist die sorgfältige psychologische Indikationsstellung durch eine psychosexuelle Exploration vor der Operation.

G.) Anhang

Frage - und Antwortkatalog

Gliederung

1. Körperlich-seelischer Zustand der Patientin vor der Operation
1.1. Soziologische Daten
1.2. Krankheitsanamnese, gynäkologische Daten
Symptomfragebogen nach HÖCK u.HESS
1.3. Psychologische Daten
1.4. Sexualanamnese
2. Motive und Erwartungen
2.1. eigene
2.2. Meinung des Partners zur Operation
3. Wirkungen der OP in den ersten drei Monaten
3.1. eigene Reaktionen
3.2. Reaktionen des Partners
4. Körperlich-seelischer Zustand der Patientin lange (zwei bis sechs Jahre) nach der OP
4.1. kosmetisches Resultat
4.2. Veränderung des Familienstandes
4.3. Wirkung auf das körperliche Befinden
4.4. Wandlungen im subjektiv-seelischen Befinden
4.5. Einfluß auf die eigenen sexuellen Gefühle
4.6. Wirkung auf die Sexualität des Partners
4.7. Einfluß auf zwischenmenschliche Beziehungen
4.8. Wirkung auf die Partnerschaft
5. Gesamtbeurteilung

Erklärung: Bei der Auswertung werden die beiden Patientinnen mit zum Teil medizinischer Indikation (Cysten) gesondert aufgeführt. Sie werden im Folgenden mit dem Symbol " med.I. " gekennzeichnet.

1.1. Soziologische Daten

Alter bei der OP	:	36,6 Jahre	
retrospektive Befragung		Pat.zahl	med.I.
nach einem halben Jahr	:	1	
nach zwei Jahren	:	2	
nach drei Jahren	:	5	1
nach vier Jahren	:	6	
nach fünf Jahren	:	4	
nach sechs Jahren	:	8	1
Töchter im Alter von 13 bis 21 Jahren z.Zt. der OP	:	12 alle geben Einfluß auf OP-Wunsch an	
Familienstand: verheiratet	:	20	2
verwitwet	:	1	
geschieden	:	2	
ledig	:	2	
Konfession :katholisch	:	17	2
evangelisch	:	5	
ohne K.	:	2	
Ausbildung :Studium	:	1	
Lehre, berufstätig	:	14	1
ohne A., berufstätig	:	4	
Hausfrau	:	6	1

			med. I.
Beruf und Haushalt		19	
gut zu bewältigen	:	12	
oft große Belastung	:	3	1
völlig überlastet	:	4	1
Mutter :warm, zärtlich:		10	2
hart, streng	:	7	
Haß	:	8	
Vater :warm, zärtlich:		9	1
hart, streng	:	9	1
Haß	:	7	
Ehe der Eltern:gut	:	12	2
mittelm.,Streit		3	
sehr schlecht	:	10	
Familienleben im Elternhaus			
glücklich	:	11	2
mittelm.	:	7	
unglücklich	:	7	

1.2. Krankheiten, gynäkologische Daten
Die Anamnese der Familien-, Kinder-und eigenen Krankheiten ergab keine auffälligen oder gehäuft auftretenden Befunde. Bei 3 Frauen wurde eine Hysterektomie durchgeführt, zwei waren sterilisiert worden.
Körperlich-neurotische Beschwerden (HÜCK,HESS,18):
Zur Groberfassung von Neurosen haben HÜCK und HESS einen Sypmtomfragebogen entwickelt. Er besteht aus folgenden Items:
Körperliche Beschwerden
Sehstörungen; Augenflimmern, Schmerzen in den Augen; Ohrenschmerzen; ständige Ohrgeräusche; häufiger

Schnupfen,Heuschnupfen; häufige Halsschmerzen; Druck,Würgen im Hals; Neigung zu Bronchitis, chronischer Husten; Asthmaanfälle; Atemnot, Luftmangel bei Aufregung; Herzklopfen,-stolpern, Herzdruck,-stiche, Herzschmerzen, Herzanfälle; Schwindelgefühle, Ohnmachten; Schweißausbrüche, Hitzewallungen; Kribbeln, Prickeln oder Einschlafen der Hände, Arme oder Beine, Juckreiz; Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Obelkeit,Aufstoßen , Brechreiz, Erbrechen; Magendruck, Magenschmerzen, Gallenschmerzen; Verstopfung, Blähungen, Darmkrämpfe; Durchfall; häufiger Harndrang, Schmerzen beim Wasserlassen; Hemmungen beim Wasserlassen; Ausfluß, Menstruationsbeschwerden, Unregelmäßigkeiten im Cyclus, Schmerzen im Unterleib; sexuelle Schwierigkeiten; Händezittern, Augenblinzeln, Gesichtszuckungen, Kopfschütteln, sonstige Verkrampfungen; Nacken-,Rücken-,Kreuzschmerzen, Gliederschmerzen; Lähmungen, Gehstörungen; rote Flecken am Hals oder Gesicht bei Erregung; Hautausschlag, Ekzem; Erschöpfung, Müdigkeit; Kopfschmerzen; Schlafstörunten; Taubheitsgefühle; leichte Erregbarkeit
Psychische Beschwerden
Redehemmung,Lampenfieber; Sprachstörungen, Stottern; Schreib-und Arbeitshemmung; Minderwertigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit; Kontaktschwierigkeiten; Hemmungen gegenüber Vorgesetzten, Mitarbeitern oder Schülern; Hemmungen gegenüber dem anderen Geschlecht;

mangelnde berufliche Anerkennung; Energielosigkeit, Unentschiedenheit, traurige Verstimmung; Einsamkeit, fehlende Freudschaften; Schuldgefühle; Angst vor plötzlichem Tod, unheilbarer Krankheit; Angst vor dem Erröten; Angstzustände ohne Anlaß; Angst vor dem Alleinsein, im Dunkeln, bei Gewitter, vor Verfolgern; Vergeßlichkeit, Unkonzentriertheit; Grübeleien, Zweifel; Zwang zum Kontrollieren eigener Handlungen; sonstige Zwangsgedanken-, vorstellungen-, handlungen; Fremdwerden von Menschen und Dingen, Selbstentfremdung

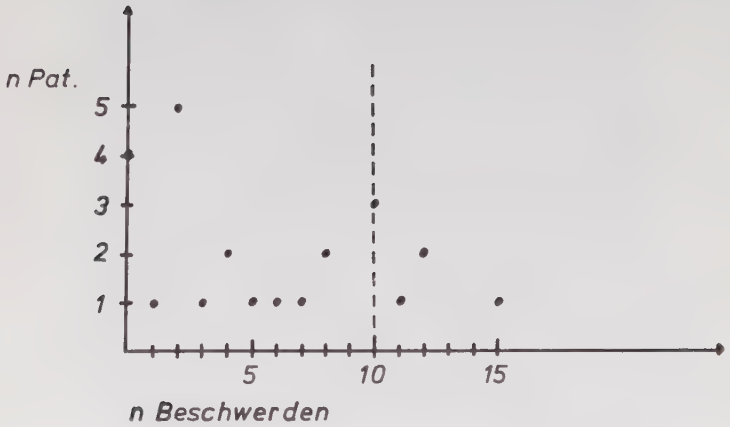
Reliabilität (Halbierungsmethode): r=0,87(m)
r=0,87(f)

Validität : r=0,850(m)
r=0,767(f)

Korrelation mit den Neurosewerten des MMQ (Maudsley Medical Questionnaire,EYSENCK, Z.exp.angew.Psychol.6,1959) : r=0,82(m)
r=0,81(f)

Standardisierung:
Der Grenzwert der Angabe von mehr als zehn Beschwerden lag bei 26% der weiblichen Normalpersonen.

Ergebnisse:
Sieben Frauen gaben 10 und mehr körperlich-neurotische Beschwerden an (s. Abb. S. 38). Dies entspricht in etwa dem von HÜCK und HESS gesetzten Gernzwert von 26% (hier:28%).



Menarche	:	mit 14,22 J. Durchschnitt
belastend erlebt	:	11
Telarche	:	mit 14,48 J. im Durchschnitt
verspätet im Vergleich zu Altersgenossinnen	:	10
bewußte Beob. ihrer Telarche:		20

			med.I.
Stolz bei zunehmender Brust-			
fülle (Schwangersch., Pille):		18	
Kinder haben	:	22	
gestillt haben	:	16	
gr. Glücksgefühle da-			
bei hatten	:	15	
stabiler Cyclus	:	24	
Kontrazeption: Pille	:	18	
Spirale	:	12	
chron. Unterleibsbeschwerden			
ohne Organbefund	:	2	
1.3. Psychologische Daten			
Persönlichkeit:			
Kindheit u. Pubertät: glückl.		9	1
zufrieden	:	5	
unglücklich	:	11	1
Kontaktverhalten			
sehr schüchtern		8	
normal	:	6	
sehr locker	:	11	2
sehr anhängl. u. liebebedürf-			
tig	:	15	1
sehr verletzlich	:	14	1
sehr mißtrauisch	:	13	
sehr unzufrieden, gereizt,			
aggressiv	:	18	
depressiv	:	8	
bes. innerl. gespannt, gr.			
emot. Probleme	:	6	
davon in psychiatr. Behandl.:		2	

			med.I.
Minderwertigkeitsgefühle	:	18	1
gutes Selbstvertrauen	:	7	
Hemmungen	:	19	
wegen Brust	:	16	
and. Gründe	:	3	
Verlustängste um Partner	:	9	
Einstellung zu Brust und Körper			
Meinung vom eig. Körper:gut	:	17	1
gleichgültig	:	3	1
sehr unzufried.		12	
Meinung vom eig. Busen vor OP gut	:	1	1
gleichgültig	:	4	1
zu klein, aber zufrieden	:	2	
sehr unzufried.		18	
Brust als eig. Hauptfehler	:	14	
Meinung des Partners vom Busen d. Frau vor OP: gut	:	18	2
gleichgültig	:	2	
unzufrieden	:	5	
Frau glaubt dem Mann die gut Meinung nicht	:	10	
BH-Einlagen getragen	:	20	1
schreckl., erniedrigend, unehrlich	:	16	
bedeutendster Körperteil			
Brust	:	10	2
Verstand	:	8	
andere	:	5	
Brust als Sexualorgan wichtiger denn als Stillorgan	:	20	2

Weiblichkeit			med.I.
Sind Sie eine weibl. Frau?	ja:	19	2
die Weiblichk. sinkt bei Verlust der Brust	:	14	2
Mode u. Äußerlichk. sind wichtig f. d. Weiblichk.	:	13	
psych.-emot. befriedigende Partnersch. vor OP	:	13	2
1.4. Sexualität			
Aufklärung	:ja	: 19	
von wem	:Mutter	: 6	
	andere	: 13	2
wie	:oberflächl.		
	biologisch	: 17	2
	biolog. und sexolog.	: 2	
wann		: mit 13, 76 J.	
erste sex. Erfahrungen mit wem	:Freund	: 16	1
	Ehemann	: 8	1
wie empfunden:	schön	: 8	1
	enttäuscht	: 17	1
Durchschnittsalter bei Kohabitarche		: 18,33J.	
ekklesiogene Neurose		: 7	1
Kohabitationsfrequenz		: 1.41 / Woche	
Brüste vor Partner versteckt		: 12	
Brust im Vorspiel(vor OP)		: 23	2
Frau dabei Hemmungen		: 16	
Sexualstörungen:	Frau keine Libido	: 7	

Mann Potenzstör.	:	3	med.I.
Partnerschaft vor OP für beide Teile sexuell befriedigend		14	

2. Motive und Erwartungen

2.1. eigene			
Beseitigung von Hemmungen	:	16	
Lösung von prakt. Problemen (BH-Einlagen, sport etc.)	:	20	1
Korrektur des Schönheitsfehlers	:	25	
sich selbst besser gefallen	:	15	
aus psychischen und sexuellen Problemen entstandene Motive:			
Stimmungsaufhellung	:	14	
Belebung der eig. sex. Empf.	:	3	
Erhöhung der Wirkung auf Männer(Ehemann, a. sexuell)	:	15	
Betonung der Weiblichkeit	:	10	
Minderung d. auf die Brust fixierten Gedanken	:	13	
akute Lebenskrise als auslös. Moment zum OP-Wunsch	:	7	
einer Norm entsprechen	:	6	
Lösung von in die Brust projizierter Probleme	:	4	
Besserung der Beziehung zum Partner	:	7	
große Dringlichkeit des OP-Wunsches(Komplik. egal)	:	13	

2.2. Meinung des Partners zur OP			med.I.
dafür	:	9	
dagegen	:	8	
neutral	:	5	
3. Wirkungen in den ersten drei Monaten			
3.1. eigene Reaktionen			
Integration ins Körperbild	:	ein bis zwei Monate	
Stimmung :glücklicher	:	7	
gleich	:	16	2
akute postop. Gefühsausbrüche mit Bereuen der OP	:	2	
Selbstwertgefühl:gestiegen	:	11	
gleich	:	13	
gefallen	:	1	
Hemmungen allg. Natur:gefall.	:	16	
sexueller Natur gefallen	:	6	
Einfluß auf Partnerschaften	:	-	
Besserung von zwischenmenschl. Beziehungen wegen besserem Selbstvertrauen	:	3	
3.1.1. kosmetisches Ergebnis			
zufrieden	:	19	2
Komplikationen(Nachblut., Sensibilitätsänd., unknikken des Implantats)	:	4	
Fremdkörpergefühl	:	10	1
längere Schmerzen	:	8	
neue Brust lästig	:	5	
unangenehme Härte	:	13	2

Narben stören(submamillär)	:	6	med.I.
3.1.2. sexuelle Empfindung			
künstliche Brust stört	:	6	
Empfinden beim Coitus: freier:		6	
steig. Hemmung:		1	
gleiche Hemmung		17	2
Kohabitationsfrequenz: erhöht:		2	
gleich:		20	2
3.2. Erste Reaktionen des Partners nach der OP			
Erwartungen erfüllt	:	11	3
künstliche Brust stört	:	-	
Brust mehr im Vorspiel	:	5	
genauso	:	15	
sexuell interessierter	:	7	

4. Körperlich-seelischer Zustand der Patientin lange nach (zwei bis sechs Jahre) der OP :

4.1. kosmet. Resultat: gut	:	20	
weitere Komplik.	:	1 (Prothese ausgelaufen)	
Narben stören	:	6	
anhalt. Fremdkörpergef.:		4	
4.2. Familienstandsänderung	:	6	
4.3. körperl. Befinden besser		1	
4.4. Veränderung des seelischen Befindens			
Erwartungen erfüllt	:	22	2
attraktiver geworden	:	17	
Weiblichkeit betont	:	14	
Stimmung: glücklicher	:	6	
selbstsicherer		5	
trauriger	:	-	

Selbstwertgefühl:	gestiegen	:	18	med.I.
	gleich	:	6	2
Hemmungen	:gefallen	:	19	
	gleich	:	5	
Depression, Ängste, Unsicherheit		:	3	
Körperbild	:positiver	:	17	
	gleich	:	8	2
4.5. Dauerhafte Änderung der eigenen sexuellen Empfindung				
keine Änderung		:	17	2
freier, mehr Libido		:	7	
weniger Libido		:	1	
4.6. Dauerhafte Änderung der sexuellen Empfindung des Partners				
keine Änderung		:	19	2
Steigerung		:	2	
Brust mehr ins Vorspiel einbezogen als vor OP		:	3	
4.7. Einfluß auf zwischenmenschliche Beziehungen				
freier, lockerer		:	4	
keine Änderung		:	21	
4.8. Änderung im Verhältnis zum Partner				
Besserung		:	-	
kein Einfluß		:	25	
5. Gesamtbeurteilung				
	positiv	:	24	
	negativ	:	1	
			Grund:kosmet. Unzufriedenheit	

Die Fragen des MPI

E 1. Sind Sie am glücklichsten, wenn Sie in eine Aufgabe verwickelt werden, die schnelles Handeln verlangt?
N 2. Sind Sie manchmal ohne Grund abwechselnd fröhlich und traurig?
N 3. Wandern Ihre Gedanken oft umher, wenn Sie versuchen, sich zu konzentrieren?
E 4. Machen Sie gewöhnlich den Anfang, wenn Sie neue Bekannte gewinnen?
E 5. Pflegen Sie schnell und sicher zu handeln?
N 6. Sind Sie leicht in Gedanken verloren,wenn Sie an einer Unterhaltung teilnehmen sollten?
N 7. Fühlen Sie, daß Sie manchmal vor Energie überschäumen und das andere Mal träge und langsam sind?
E 8. Halten Sie sich für einen lebhaften Menschen?
E 9. Wären Sie sehr unglücklich, wenn Sie auf häufigen gesellschaftlichen Verkehr verzichten müßten?
N 10. Sind Sie leicht verstimmt?
N 11. Wechselt Ihre Stimmung oft mit oder ohne ersichtlichen Grund?
E 12. Ziehen Sie das Handeln dem Pläneschmieden vor?
N 13. Träumen Sie tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden?
E 14. Halten Sie sich bei gesellschaftlichen

Verpflichtungen lieber im Hintergrund auf?

N 15. Grübeln Sie viel über Ihre Vergangenheit nach?

E 16. Fällt es Ihnen schwer, selbst in einer ungezwungenen Gesellschaft richtig aus sich heraus zu gehen?

N 17. Haben Sie manchmal ohne Grund ein "miserables" Gefühl?

E 18. Neigen Sie zu einer übermäßigen Gewissenhaftigkeit?

N 19. Kommt es oft vor, daß Sie einen Entschluß zu spät fassen?

E 20. Haben Sie gerne die Gesellschaft anderer Menschen?

N 21. Haben Sie vor lauter Sorgen oft schlaflose Nächte?

E 22. Beschränken Sie Ihren Bekanntenkreis gerne auf einige Auserwählte?

E 24. Betrachteten Sie Ihre Arbeit jemals als eine todernste Angelegenheit?

N 23. Haben Sie leicht Schuldgefühle?

N 25. Sind Ihre Gefühle leicht verletzt?

E 26. Haben Sie gerne viele gesellschaftliche Pflichten?

N 27. Glauben Sie von sich selbst, daß Sie besonders nervös und innerlich gespannt sind?

E 28. Übernehmen Sie bei gemeinsamen Aktionen gerne die Führung?

N 29. Fühlen Sie sich oft einsam?

E 30. Sind Sie in der Gegenwart des anderen Ge-

schlechts leicht schüchtern?

N 31. Versenken Sie sich gerne in Träumereien?

E 32. Haben Sie fast immer eine passende Antwort auf Bemerkungen, die an Sie gerichtet sind?

N 33. Denken Sie viel über gute Zeiten nach, die Sie in der Vergangenheit gehabt haben?

E 34. Würden Sie sich selbst als unbekümmert und sorglos bezeichnen?

N 35. Haben Sie oft und ohne besonderen Grund ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und Müdigkeit?

E 36. Neigen Sie dazu, sich in Gesellschaft schweigsam zu verhalten?

N 37. Denken Sie nach einer brenzlichen und kritischen Situation gewöhnlich, daß Sie etwas hätten tun sollen, was Sie unterlassen haben?

E 38. Können Sie sich in einer vergnügten Gesellschaft meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen?

N 39. Kommen Ihnen so viele Gedanken in den Sinn, daß Sie nicht einschlafen können?

E 40. Haben Sie Arbeiten gerne, die eine konzentrierte Aufmerksamkeit auf Details erfordern?

N 41. Sind Sie je durch unnütze Gedanken belästigt worden, die immer wieder durch ihren Kopf gehen?

E 42. Tun Sie Ihre Arbeit als etwas Gewohn-

heitsmäßiges, Selbstverständliches, nicht besonders Aufregendes?

N 43. Sind Sie in manchen Dingen empfindsam?

E 44. Halten andere Leute Sie für lebhaft?

N 45. Haben Sie oft eine schlechte, unzufriedene Laune?

E 46. Bezeichnen Sie sich selbst als gesprächig?

N 47. Erleben Sie Perioden von solcher Unruhe, daß Sie nicht lange auf einem Stuhl sitzen können?

E 48. Spielen Sie anderen Leuten gerne mal einen kleinen Streich?

H.) Literaturverzeichnis

1) ANGER,H.: Befragung und Erhebung, in: Graumann, C.: Handbuch der Psychologie 1. Halbband, Theorien und Methoden, Göttingen 1969, S. 567-617

2) ATTESLANDER, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin, 1971

3) BAKER, J.L.; KOLIN, J.S. ; BARLETT,E.S.: Psychosexual Dynamics of Patients Undergoing Mammary Augmentation, in: Plastic and Reconstructive Surgery, 53, No. 6, 1974

4) BIEFANG, S.:Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese. Hüthig Heidelberg, 1977

5) BRENGELMANN,J.C.u.L.: Deutsche Validierung von Fragebogen der Extraversion, neurotischen Tendenz und Rigidität , in: Z. exp. angew. Psychol. 1960, 7, 291 - 331

6) CICOUREL,A.V.: Methode und Messung in der Soziologie, Frankfurt, 1970

7) DAHME,B.: Psychologische Dimensionen der Gesprächsführung, in: Med. Psychol. 1, 34 - 49 , 1974

8) EDGERTON,M.T.; Mc CLARY, A.R.: Augmentation Mammaplasty: Psychiatric Implikations and Surgical Indikations, in: Plastic and Reconstructive Surgery, 21, No. 4, 1958

9) EDGERTON,M.T.; JACOBSON,W.E.; MEYER,E.: Surgical-Psychiatric Study of Patients Seeking Plastic (Cosmetic) Surgery: 98 Consecutive Patients with Minimal Deformity, in: Brit. Journ. Plast. Surg., 13, 136 - 145, 1960

10) EDGERTON,M.T.; MEYER,E.; JACOBSON,W.E.: Augmentation Mammaplasty: Further Surgical and Psychiatric Evaluation, in: Plastic and Reconstructive Surgery, 27, No, 3, 1961

11) EICHER,W.:Sexualanamnese der Frau, in: Sexualmedizin 5, 1977

12) EICHER,W.; KUBLI,F.; HOTER,J.;DÄUMLING,F.: Plastische Operationen aus gynäkologischer Sicht, in: Beiträge zur Mammachirurgie, Marseille Verlag, München, 1977

13) EYSENCK,H.J.: Das MPI als Bestimmer der neurotischen Tendenz und Extraversion, in: Z. exp. angew. Psychol. 6, 167 - 190, 1959

14) HETTER,G.P.: Satisfactions and Dissatisfactions of Patients with Augmentation Mammaplasty, in: Plastic and Reconstructive Surgery, p. 151, 1979

15) GROSSMAN,A.R.: Psychological and Psychosexual Aspects of Augmentation Mammaplasty, in: Clin. Plast. Surg.

Philad., 3, No. 2, 167 - 70, 1976

16) GRUNERT,J.: Körperbild und Selbstverständnis. Psychoanalytische Beiträge zur Leib - Seele - Einheit. Kindler, Geist und Psyche, 1977, S. 12 - 13

17) HILTMANN,H.: Kompendium der psychodiagnostischen Tests. Huber, Bern,1976

18) HÖCK,K;HESS,H.: Zur Groberfassung von Neurosen mit Hilfe von Fragebögen, in: Rösler, H.D.; Schmidt, H.D.; Szewszyk, H.; s.dt.

19) HOUSTON,H.E.: Mammary Augmentation by a General Surgeon, Results and Treatment of Encapsulation, in: Am. Surgeon, 9 , 1978, p. 599

20) KAYE,B.L.: Micromastia vs Macromasia, in: Med. Asp. Hum. Sex., 7, No.8, 1973

21) KINSEY, A.C. et al.: Das sexuelle Verhalten der Frau.B. Ffm, Fischer,1954

22) KINSEY,A.C. et al.: Das sexuelle Verhalten der Frau, 3. Aufl. Ffm, 1976

23) KLEINMUNTZ,B.: Personality Measurement, An Introduction. Krieger Publishing Company, Huntington, 1975

24) KOLIN,J.S.; BAKER,J.L.; BARLETT,E.S.: Sex After Breast Augmentation, in: Med. Asp. Hum. Sex., 3 , 1976, p.23

25) MACCOBY,E.E. u. N.: Das Interview: Ein Werkzeug der Sozialforschung, in:

König, R. (Hg): Das Interview, Köln, Berlin, 6. Aufl., 1968, S. 37 - 85

26) MADDISON,D.: Augmentation Mammaplasty: A Psychiatrist ´s View, in: Aust. NZ Surg., 46, No. 4, 1976

27) MASTERS,W.H.; JOHNSON,V.E.: Die sexuelle Reaktion, Akad. Verlagsgesellschaft, Ffm, 1970

28) MAYFIELD,E.C.: The Selection Interview - a Reevaluation of Published Research, in: Personn. Psychol. 17, 239. 269, 1964

29) MITTENECKER,E.: Subjektive Tests zur Messung der Persönlichkeit, in: Heiss, R.: Handbuch der Psychologie, Bd. 6, 1964, S. 468

30) MOLINSKI,H.: HERTZ,D.G.: Psychosomatik der Frau. Springer, Berlin, 1980

31) OHLSEN,L. et al.: Augmentation Mammaplasty: A Surgical and Psychiatric Evaluation of the Results, in: Annals of Plastic Surgery, 2, No. 1, 1979

32) PEREZ-GAY,B.: Brustprothese nur symbolischer Ersatz, in: Sex. med. 11,1979

33) PONGRATZ,L.: Das psychologische Explorationsgespräch, in: Psychol. Rdsch., 8, 195 - 205, 1957

34) RICHARDSON,S.A.: DOHRENWEND,B.S.: KLEIN,D.: Interviewing, Its Forms and Functions, NY, Basic Books, Inc., 1965

35) SCHEUCH,E.K.: Das Interview in der Sozial-

forschung, in: König, R.(Hg): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 1, 2. Aufl., S. 136 - 196, Stuttg. 1967

36) SCHMIDT,L.; KEßLER,B.: Anamnese: Methodische Probleme, Erhebungsstrategien und Schemata, Weinheim Beltz, 1976

37) SCHRAML,W.J.: Abriß der klinischen Psychologie, Kohlhammer Stuttgart, Urban Taschenbücher , 1972

38) SIHM,F.;JAGD,M.; PERS,M.: Psychological Assessment Before and After Augmentation Mammaplasty, in: Scand. J. Plast. Reconstr. Surg., 12, p. 295 - 298, 1978

39) SHIPLEY,R.H.; O DONNELL,J.M.; BADER,K.F.: Personality Characteristics of Women Seeking Breast Augmentation, in: Plast. Reconstr. Surg., 9, p. 369, 1977

40) RÖSLER,H.D.; SCHMIDT,H.D.;;SZEWCZYK,H.: Persönlichkeitsdiagnostik. Klin. Psychologie der DDR, VEB Verlag der Wissenschaften Berlin, 1976

41) WENDERLEIN,J.M.: Die weibliche Brust, in: Sex.med. 7, 1978

42) WRIGHT,D.R.: Summary of Research on the Selection Interview Since 1964, in: Personn. Psychol.,22, 391 - 413, 1969

Herrn Professor Dr. L. Beck danke ich für das Thema dieser Arbeit und die wissenschaftliche Betreuung der Untersuchung.
Herrn Professor Dr. Steingrüber bin ich für seine wertvollen Hinweise sehr verbunden.
Herrn Professor Dr. Molinski danke ich herzlich für seine Ratschläge.
Herrn Dr. J. Pauwen möchte ich besonders danken für die Bereitstellung der Patientinnen und die Hilfestellung, die er mir zuteil werden ließ.

LEBENSLAUF

Geboren wurde ich am 23. November 1957 in Duisburg als Tochter des Rechtsanwalts (OLG) Dr. Gerd A. Joens und seiner Ehefrau Erika Joens geb. Terbrüggen.
Die schulische Ausbildung begann 1964 an der Pestalozzischule in Neukirchen-Vluyn am Niederrhein. 1967 wechselte ich zum Mädchengymnasium Moers und setzte die Ausbildung 1972 am Julius-Stursberg-Gymnasium in Neukirchen-Vluyn fort. Hier bestand ich 1976 das Abitur.
Im Sommersemester 1977 nahm ich das Studium der Medizin an der Universität Düsseldorf auf. Die ärztliche Vorprüfung erfolgte im März 1979, der erste Abschnitt der ärztlichen Prüfung im März 1980.